

HERAUSGABE PATIENTENAKTE

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Herausgabe meiner persönlichen Krankengeschichte z.Hd. Frau Dr. Schuhmann

- Ich wünsche, dass die Akte direkt an die neue Praxis von Frau Dr. Schuhmann übermittelt wird.
Mit meiner Unterschrift entbinde ich sämtliche beteiligte Personen unserer Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der nachfolgend genannten Person und Praxis.

Adresse meiner zukünftigen Hausärztin / meines zukünftigen Hausarztes

Name: Dr. med. E. Schuhmann

Vollständige Adresse: Arztpraxis Oberhofen, Schulthesserstrasse 1, 3653 Oberhofen

Ich nehme zur Kenntnis, dass jegliche Unterlagen, welche nicht im elektronischen Praxisinformationssystem hinterlegt sind, im Original abgegeben werden (wie beispielsweise handschriftliche Notizen oder externe elektronische Informationsträger). Elektronisch gespeicherte Akten werden ausschliesslich in Kopie ausgehändigt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____